

## 紹介状(診療情報提供書)

— 出生前検査専用 —

紹介先医療機関・診療科

昭和大学横浜市北部病院  
臨床遺伝・ゲノム医療センター  
出生前検査外来

## 紹介元医療機関

住 所:

医療機関名:

診療科名:

紹介医師名:

電話番号:

FAX 番号:

下記妊婦が出生前検査を希望しておりますので、紹介いたします。

患者氏名(ふりがな):	緊急時連絡先(携帯など):
生年月日: 西暦 年 月 日 ( 歳)	
患者情報(以下は必須項目です)	
身長:( )cm 体重:( )kg 【 月 日現在】	
分娩予定日: 西暦( )年( )月( )日 (算出方法: 最終月経、CRL、移植日、排卵日)	
妊娠週数: 妊娠( )週( )日【 月 日現在】 <b>※正確な週数をご記入ください</b>	
最終月経日: 西暦( )年( )月( )日	
胎児の数: 単胎 ・ 双胎( DD ・ MD ・ MM ・ 膜性不明 )	
妊娠様式: 自然妊娠 ・ 人工授精 ・ 体外受精( 新鮮胚 ・ 凍結胚 ) ・ 顕微授精	
家族歴・既往歴: なし ・ あり (詳細: )	
妊娠初期CRL:( )mm ; 胎児心拍: (+) ・ (-) 【 月 日現在】	
出生前検査外来の受診動機: (該当欄に☑: 複数回答可)	検討している出生前検査: (該当欄に☑: 複数回答可)
<input type="checkbox"/> 高年妊娠 (出産予定日に 35 歳以上)	<input type="checkbox"/> クアトロテスト
<input type="checkbox"/> 染色体数的疾患児 (21 トリソミー、18 トリソミー、13 トリソミー) の 出産既往がある	<input type="checkbox"/> 初期精密超音波検査
<input type="checkbox"/> 児が染色体疾患を罹患している可能性が高い	<input type="checkbox"/> コンバインド検査
<input type="checkbox"/> 胎児先天疾患 (形態疾患など) が証明されている	<input type="checkbox"/> NIP T (母体血胎児染色体検査)
<b>※出生前検査外来では、超音波などの胎児評価は行いません。児に 疾患が疑われる場合は、当院産婦人科へ紹介をご検討下さい。</b>	<input type="checkbox"/> 羊水検査
<input type="checkbox"/> 両親のいずれかが転座などの染色体疾患の保因者	<input type="checkbox"/> 絨毛検査
<input type="checkbox"/> その他 (詳細: )	<input type="checkbox"/> その他(詳細: )

## 【当外来は完全予約制です】

- ① 本用紙を主治医に記載していただき、出生前検査外来の予約をおとりください。**専用サイトからのオンライン予約のみ**
- ② 来院当日、この用紙を忘れずにご持参ください。
- ③ 詳しくは、当院ホームページをご確認ください。